FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 7.

DU
LUPUS LINGUAL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 1895

PAR

Camille-Joseph SPIRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Lunéville (Meurthe-et-Moselle), le 3 Juillet 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur		*Président*
	LANELONGUE	professeur		
	CASSAET	agrégé		*Juges*
	BINAUD	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 7.

DU LUPUS LINGUAL

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 1895

PAR

Camille-Joseph SPIRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Lunéville (Meurthe-et-Moselle), le 3 Juillet 1871

Examinateurs de la Thèse..	MM. ARNOZAN	professeur	*Président*
	LANELONGUE	professeur	*Juges*
	CASSAET	agrégé	
	BINAUD	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. Le DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions emises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER D'ACADEMIE

AVANT-PROPOS

Notre travail se compose de deux parties :

Dans la première, chapitre I, sous la rubrique (Historique et Observations), nous avons publié par ordre chronologique et les passages où il était question du lupus lingual et les observations parues jusqu'à ce jour. Nous y avons joint les trois cas recueillis dans les cliniques de M. le professeur Dubreuilh et de M. le docteur Moure.

Dans la deuxième, nous basant sur nos quatorze observations, nous avons tenté d'en tirer une description complète du lupus lingual, et nous avons successivement passé en revue l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic différentiel, le traitement de cette affection.

C'est à M. le professeur Dubreuilh que nous devons l'idée première de ce travail. C'est grâce à lui qu'il nous a été facile de le mener à bonne fin, aidé par lui dans nos recherches bibliographiques, aidé par lui dans l'examen de nos malades ; nous l'en remercions sincèrement.

Enfin, que M. le professeur Arnozan reçoive l'expression de notre vive reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Observations

C'est en 1861 dans les *Leçons sur la scrofule,* de Bazin que nous trouvons pour la première fois notée la possibilité de l'envahissement de la langue par le lupus. « La langue, dit-il, se détruit par parties et bientôt se trouve réduite à un moignon informe, placé au fond de l'antre qui représente la bouche et les fosses nasales réunies par suite de la chute des dents et de la destruction de la voûte palatine. » Bazin n'attribue sans doute pas une grande importance à cette localisation puisqu'il n'en rapporte pas l'observation et que dans son article « Lupus » du *Dictionnaire Déchambre* il ne parle plus du lupus lingual.

Dans un ouvrage de Virchow, *Die Kraukhaften Geschulfte,* nous trouvons seulement la note suivante :

« Ici se trouve une cicatrice calleuse, dure, très étendue, du milieu du dos de la langue, descendant profondément jusque vers la racine de cet organe et à côté de laquelle se montrent des rugosités épaisses, tuberculeuses atteignant le volume d'un pois. Sur une coupe on voit une tumeur tendineuse, allant presque dans la partie charnue de l'organe qui,

au microscope, se trouve partout remplie de foyers granuleux dont un petit nombre a subi la métamorphose graisseuse.

L'épiglotte est très épaissie, elle est dure, et ses bords sont gonflés, une dureté calleuse part de là et s'étend jusque dans la trachée. »

Fairlie Clarke dans le 27me Volume de la Société pathologique de Londres (1875) publie un cas dont on trouvera la relation et la discussion dans un article de Butlin que nous citons plus loin.

La première observation de lésions linguales sur laquelle on ait mis le nom de lupus lingual est celle publiée par Homolle en 1875. Nous en donnons ici le résumé.

Geisel (Charles), vingt-sept ans, mécanicien, Saint-Léon, 56; service de M. le docteur Besnier. Entré le 27 avril 1874.

Constitution robuste. Accidents ordinaires de scrofule dans sa jeunesse. Pas de syphilis. A treize ans les lésions lupiques débutent par le nez et en cinq ans toute la portion cartilagineuse en est détruite.

La lèvre supérieure s'est prise depuis trois mois.

Actuellement toute la partie moyenne de la face, le nez, une partie des joues, la lèvre supérieure et la région voisine des commissures labiales sont le siège de la scrofulide. La lèvre inférieure ne présente d'altération de la muqueuse, que dans sa moitié droite. Des lésions importantes existent à la voûte et au voile du palais, à l'isthme du gosier, enfin sur la langue.

Je n'insiste pas sur les lésions des lèvres et je passe immédiatement à la description des lésions palatines et linguales.

Sur toute la voûte palatine, la muqueuse, d'une coloration presque normale, présente un état granuleux très prononcé; au voisinage des dents en particulier, elle est couverte de petites éminences mamelonnées, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un très petit pois,

rouges pâles, avec une teinte laiteuse diffuse; chacune d'elles est couverte de petites granulations secondaires, arrondies, miliaires. Au voisinage du voile, la muqueuse est plus égale. Le pilier postérieur du côté gauche, gros et court, se dirige assez brusquement en arrière et en dedans ; il va adhérer, après un court trajet, au fond du pharynx qu'il est difficile de découvrir derrière le voile pendant, peu mobile et augmenté de volume dans toutes ses dimensions.

Quant aux piliers antérieurs, ils sont un peu mamelonnés et c'est par eux que les lésions du voile du palais semblent se relier à celles dont je vais parler maintenant.

Vers la base de la langue, à la limite des parties qu'il est possible de découvrir par l'examen à simple vue, sont deux éminences tuberculeuses. L'une, antérieure, située du côté gauche de la ligne médiane, a le volume et la saillie d'un demi-pois ; sa forme est assez régulièrement ovalaire ; ses bords sont nets ; sa surface présente quelques saillies papillaires peu prononcées ; sa coloration est plus pâle, plus jaunâtre, plus mate que celle des parties voisines ; la consistance est ferme. En arrière de ce tubercule en est un autre moins volumineux mais de même apparence, entouré lui-même d'éminences moins distinctes qui se confondent avec les grosses papilles de la base.

L'épiglotte déformée, montre le même gonflement de la muqueuse que les parties environnantes. La même tuméfaction avec apparence de fermeté s'observe sur les replis aryténo-épiglottiques dont la surface est légèrement mamelonnée, boursouflée. Les cordes vocales supérieures paraissent, elles aussi, un peu épaissies.

La santé générale est excellente ; il n'existe aucun signe physique, aucun symptôme fonctionnel de tuberculose.

La voix est tout à fait normale. La déglutition se fait régulièrement. Traitement général à l'huile de foie de morue et traitement local à l'onguent citrin, 0,50 centigrammes pour 30 grammes.

A la fin de juillet, après trois mois de séjour à l'hôpital, le malade est notablement amélioré.

Trois ulcérations superficielles, à fond lisse, jaunâtre, d'apparence lardacée, se voient à droite et à gauche de la luette et sur le pilier antérieur gauche.

Idelson (Rosalie), en 1879, signale parmi le lupus des muqueuses le lupus de la langue. Nous n'avons pu retrouver cet ouvrage. Mais l'analyse d'un fragment dans le *Jahresherich*, de Virchow. Hirch 1879, II, et une note de Michelson, dans les *Archives Cliniques de Berlin*, 1890, nous apprennent qu'elle a rencontré entre autres lésions des muqueuses, du lupus lingual et qu'il se localise de préférence sur le tiers postérieur de la base de la langue.

En 1888 (juillet), au Congrès pour l'étude de la tuberculose, Leloir présenta une malade atteinte de lupus lingual. En novembre 1889 (*Annales* de Derma. et Syph.), il fait une étude détaillée de la question ; cette étude est reprise encore par lui dans son ouvrage sur la Scrofulo-tuberculose. C'est certainement le premier travail sérieux paru sur ce sujet ; il ne nous semble pêcher que par un point l'historique. Leloir ne cite, en effet, que l'observation de Bender, bien faite par ses proportions minimes, pour faire ressortir le luxe de détails de son étude personnelle, et il ne fait qu'énumérer les noms de Bazin, Virchow, Clarke, Homolle, Idelson, Butlin. Justice étant rendue à ses prédécesseurs, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire *in extenso* son article des *Annales*. Il existe, en effet, intercalé dans les conclusions, l'histoire d'une deuxième malade soignée par lui en 1884 pour un lupus de la face accompagné de lésions linguales. Pour lui, trop persuadé de l'extrême rareté du lupus lingual et de la difficulté de son diagnostic, ce cas serait extrêmement douteux. Après la description qu'il en donne, le doute ne nous semble pas permis.

La nommée Ellaria C..., quinze ans, chemisière, née à Lille, entrée le 27 mars 1885 dans ma clinique, à l'hôpital Saint-Sauveur, salle Saint-Henri (affections cutanées).

Abandonnée par sa famille, cette malade se trouve depuis trois ans à l'hôpital général. Elle n'a plus vu ses parents depuis cette époque.

Nous ne pouvons obtenir d'elle aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires. Elle n'a qu'une sœur qui a longtemps été atteinte de maux d'yeux.

Elle-même, dans son enfance, a eu de nombreuses croûtes dans les cheveux et des engorgements ganglionnaires dans la région sous-maxillaire. Les lésions du nez ont débuté chez elle vers l'âge de dix ans et demi.

Les lésions pharyngées avaient précédé les lésions du nez d'environ un an et demi à deux ans.

La malade est pâle, anémiée; son facies est un peu bouffi comme chez les lymphatiques. Malgré une recherche attentive on ne trouve chez elle aucun stigmate de syphilis héréditaire à manifestations tardives ou autres.

Elle ne tousse pas, l'auscultation ne révèle rien du côté des poumons. L'appétit est bon et la digestion facile.

Adénopathie sous-maxillaire grosse comme une noisette des deux côtés.

Le nez de la malade dans ses deux tiers inférieurs est envahi par le lupus vulgaire. Comme ce lupus est de date ancienne, il a produit une atrophie interstitielle du nez, lequel est comme usé et présente un peu l'aspect d'un gros bec de perroquet.

L'on trouve sur le dos du nez et ses parties latérales jusqu'à la racine des joues des tubercules lupeux, les uns plans, les autres surélevés; ces derniers sont gros comme des lentilles et occupent plutôt la périphérie du placard lupeux.

La plupart de ces tubercules sont non excédents, présentent la coloration sucre d'orge caractéristique et sont parfois recouverts d'une

légère squame; quelques-uns sont un peu ulcérés et recouverts d'une croûte verdâtre très pâle. Au centre du placard la peau lisse, tendue, cicatricielle présente çà et là de petites squames blanchâtres, et en d'autres points de petits tubercules sucre d'orge gros comme des grains de mil que l'on voit en quelque sorte par transparence en tendant la peau du nez. Sur le lobule, cicatrice blanchâtre. La cloison du nez est comme affaissée d'avant en arrière.

Les narines présentent un grand diamètre dirigé dans le sens transversal. Elles sont obstruées par de grosses croûtes d'un brun verdâtre. La lèvre supérieure présente des lésions lupeuses qui se continuent avec celles du nez. Ici encore ce sont des tubercules sucre d'orge recouverts parfois de squames blanchâtres et exceptionnellement de croûtelles jaunâtres. Sur la lèvre inférieure, à environ deux centimètres de la ligne médiane on trouve un petit tubercule lupeux isolé.

La langue présente des lésions absolument remarquables sur lesquelles il importe d'insister. Disons de suite que, au premier abord, et à un examen superficiel, la face dorsale de la langue altérée rappelle une glossite lobulée superficielle, ou mieux certaines glossites lépreuses lobulées telles que je les ai décrites et figurées dans mon traité de la lèpre.

La face dorsale de la langue depuis la partie postérieure de son quart antérieur jusqu'à sa racine, jusqu'à l'épiglotte est parsemée de tubercules qui lui donnent un aspect spécial.

Ces tubercules sont situés surtout au niveau de la région moyenne de la face dorsale à droite et à gauche du raphé médian.

La plupart de ces tubercules sont gros comme de petits pois, d'autres sont un peu plus gros, d'autres, plus petits, ne dépassent guère le volume d'une tête d'épingle.

Ils font au-dessous de la muqueuse une saillie prononcée. Leurs contours sont à peu près ronds : parfois un peu irréguliers quand deux ou trois tubercules se sont réunis. Leur surface est lisse, comme

scléreuse et rappelle assez bien la surface des lobules de certaines glossites syphilitiques.

Quelques-uns présentent une surface très légèrement granuleuse. Leur coloration est un peu blafarde, opaline surtout à leur centre. Quelques-uns d'entre eux présentent une teinte nacrée rappelant celle de certaines glossites scléreuses.

Leur consistance est assez ferme, scléreuse pour les tubercules nacrés. Quelques tubercules, petits et opalins présentent au contraire une consistance molle et comme demi-gélatineuse quand on les touche avec une pointe mousse.

Ils ne sont pas ulcérés; quelques-uns cependant sont exulcérés et présentent à leur surface de petites érosions grisâtres ou d'un jaune clair.

Ces tubercules ou groupes de tubercules sont séparés les uns des autres par des crevasses assez profondes, irrégulières, dont quelques-unes sont sanguinolentes, quand on étale la langue.

Ces lésions sont absolument indolores. La malade éprouve parfois de très légers picottements que lorsqu'elle avale des aliments irritants qui pénètrent dans les crevasses qui séparent les tubercules. Les mouvements de la langue sont conservés. Cependant la malade ressent une sorte de gêne due à l'infiltrat qui recouvre une partie de la face dorsale de la langue. L'on constate en effet, en saisissant la langue entre les doigts que la muqueuse dorsale est indurée.

Ces lésions bizarres de la langue dont nous discuterons plus loin la nature sont accompagnées de lésions prononcées de la cavité bucco-pharyngienne.

La voûte palatine présente une muqueuse fortement mamelonnée.

Cet état mamelonné est dû à la présence de tubercules un peu mous, blafards ou opalins, gros comme des lentilles, la plupart, non excédents. Quelques-uns cependant sont exulcérés et saignent avec la plus grande facilité. Le voile du palais présente des lésions analogues au niveau de sa ligne médiane. Ici cependant les nodules lupeux, peu

saillants, se présentent plutôt sous l'aspect de granulations grosses comme des têtes d'épingles.

La luette a presque totalement disparu. Elle est comme décapitée à sa base.

La face interne de la lèvre supérieure présente un état mamelonné et opalin. Ce placard lupeux se continue avec la gencive du maxillaire supérieur. A ce niveau, la gencive supérieure, à sa partie moyenne, présente un aspect mamelonné, granuleux, opalin, dû à l'infiltration de la muqueuse par des tubercules lupeux. Ceux-ci ne sont pas érodés, mais saignent facilement. Le larynx est également envahi par le lupus.

Mon ami, le docteur Wagnier, qui en a pratiqué un examen laryngoscopique minutieux, y a constaté les altérations suivantes : l'épiglotte est bordée de nodules blanchâtres, comme cendrés. Les cordes vocales paraissent saines; mais la fausse corde vocale droite est le siège de tubercules d'un gris cendré occupant le bord de cette corde et s'étendant obliquement sur elle. La région aryténoïdienne présente une saillie assez forte. Les aryténoïdes, augmentés de volume, présentent une coloration cendrée.

La trachée est absolument saine.

Si l'on n'avait en vue que les lésions de la langue et de la luette, devant cette langue lobulée, devant cette luette décapitée au sommet, on aurait dû songer en premier lieu et tout d'abord à la syphilis (héréditaire ou autre).

Mais les lésions lupeuses incontestables siègent au niveau de la face et au niveau de la muqueuse gingivale palatine et gutturale, l'ancienneté des lésions, leur évolution lente, l'aspect un peu particulier des lésions linguales devaient incontestablement nous arrêter ou tout au moins nous faire hésiter dans ce premier diagnostic.

Devions-nous, dès lors, considérer toutes les lésions dont était atteinte la malade comme de nature lupique ? Devions-nous, au contraire, dire : cette malade a du lupus de la face, des gencives, du

palais, du voile du palais, du lupus du larynx, mais elle a, en outre, une glossite scléreuse syphilitique et une luette détruite par la syphilis. Car il est évident que, dans nos pays, le diagnostic des lésions de la langue et de la luette ne pouvait et ne devait se faire qu'entre la syphilis et la scrofulo-tuberculose.

Bien que la clinique, le raisonnement me portassent à faire des altérations de la langue des lésions d'espèce identique à celles que je constatais sur la face et les autres muqueuses, c'est-à-dire de nature lupeuse, bien que ce diagnostic ne me parut être enrayé en rien par la destruction de la luette (la tuberculose étant une maladie mutilante comme la syphilis, bien qu'à un degré moindre), je jugeais qu'il était absolument nécessaire d'établir le diagnostic des lésions linguales sur une base sérieuse absolue et je me décidais à exciser quelques tubercules linguaux pour les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales.

Les recherches suivantes confirmèrent le diagnostic de lupus demi-scléreux de la langue.

Ces recherches ont porté :

1° Sur un nodule lupeux sucre d'orge, excisé sur le nez de la malade.

J'y ai pu constater toutes les lésions histologiques du lupus vulgaire.

2° Sur deux tubercules de la face dorsale de la langue.

Des coupes minces pratiquées dans ces tubercules et colorées au moyen du picrocarmin, permettent de constater que le dôme de la muqueuse est infiltré d'une façon diffuse ou par îlots, ou d'une façon mixte par des cellules embryonnaires. Ces cellules embryonnaires se sont réunies en général en îlots, renfermant fréquemment à leur centre une ou parfois deux cellules géantes, et présentant ainsi tous les caractères histologiques du lupome nodulaire, du lupus vulgaire tel que je l'ai décrit en 1882. (H. Leloir et Vidal, *Anatomie pathologique du lupus, Comptes rendus de la Société de Biologie*, novembre 1882.)

Mais la plupart de ces lupomes nodulaires présentent une grande tendance à se scléroser. On constate, en effet, que ces nodules ont subi, en partie ou en totalité, la régression scléreuse.

Celle-ci, comme dans le lupus scléreux ordinaire, envahit le nodule primitif par sa périphérie et le dissocie, en quelque sorte, en lamelles concentriques. A la coupe, on constate alors la présence d'un grand nombre de lupomes scléreux ou demi-scléreux, renfermant encore souvent à leur centre une et parfois deux cellules géantes. Çà et là, les nodules de lupus scléreux sont séparés les uns des autres par des amas de substance granulo-graisseuse ou colloïde.

Enfin, englobant ces groupes de lupomes scléreux et ces masses colloïdes ou granulo-graisseuses, on trouve de grands tractus de tissu fibreux affectant en général une disposition alvéolaire.

L'infiltrat lupeux envahit en certains points non seulement toute l'épaisseur du dôme muqueux, mais pénètre jusque dans le tissu musculaire dont il dissocie et détruit les fibres.

L'examen histologique démontrait que nous étions en présence d'une variété particulière de la tuberculose des muqueuses correspondant à une variété de lupus que j'ai étudié sous le nom de lupus scléreux.

J'ai coloré, d'après le procédé d'Erlich, une série de coupes minces provenant de tubercules de la face dorsale de la langue.

Dans chacun de ces tubercules, mais dans un très petit nombre de coupes (1 sur 49 pour l'un, 2 sur 30 pour l'autre), j'ai pu trouver des bacilles tuberculeux très nets mais en nombre infime.

1° Des parcelles d'un nodule lupeux excisé sur le nez et d'un nodule excisé sur la gencive ont été inoculées :

A. — Dans la cavité péritonéale de deux cobayes.

B. — Dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin blanc (lupus de la gencive).

A m'a donné deux séries tuberculeuses des plus nettes de deux cobayes.

B m'a donné une tuberculose très nette de l'iris du lapin.

Cet animal a été sacrifié à son tour et sa tuberculose inoculée dans le péritoine d'un cobaye, m'a fourni une série tuberculeuse de trois cobayes chaque.

2° Quatre parcelles de tubercules de la face dorsale de la langue ont été inoculées à

A. Trois cobayes. — Ces trois inoculations expérimentales intra-péritonéales, m'ont donné trois résultats positifs, tuberculose de la rate, puis du poumon, etc.

Des parcelles de viscères tuberculeux de ces trois cobayes m'ont fourni trois belles séries tuberculeuses l'une de quatre cobayes, la seconde de cinq, la troisième de sept cobayes.

B. Un lapin blanc. — Cette inoculation faite dans la chambre antérieure de l'iris. Des parcelles de cet iris tuberculeux inoculées à deux cobayes (dans le péritoine), ont été le point de départ de deux séries tuberculeuses de trois cobayes chacun.

Dès son entrée dans le service, bien qu'ayant considéré les lésions dont était atteinte la malade, comme étant de nature lupeuse et non syphilitique, je soumets la jeune fille au traitement antisyphilitique pierre de touche.

Je prescrits de lui donner journellement 4 grammes d'iodure de potassium; une pilule de 10 centigrammes de protoiodure de mercure quelques jours après :

Je supprime la pilule de protoiodure de mercure pour la remplacer par des frictions hydrargyriques (onguent hydra-double 3 grammes.)

On continue ce traitement pendant quelques semaines, et comme je m'y attendais, les lésions n'en sont en aucune façon influencées.

A partir de ce moment, je traite la malade comme un sujet atteint de lupus, du tégument interne et externe.

J'avais eu soin, avant d'instituer tout traitement, d'exciser pour les inoculations expérimentales et les recherches bactériologiques e thistologiques de petits morceaux de la peau et des muqueuses.

Sous l'influence du traitement dirigé contre le lupus galvano-cautérisations ponctuées, raclage après avoir décapé l'épiderme avec une pâte salicylée, attouchement des plaies avec l'éther iodoformé, application de pommades caustiques et parasiticides, etc., le lupus de la face s'améliore notablement. Il y eut cependant, et il se produit encore (1889) à chaque instant de petits nodules de récidive dans les cicatrices lupiques.

Les lupus des muqueuses s'améliorent aussi très rapidement, et en quelques mois le lupus de toute la cavité buccale et de la gorge est entièrement guéri, seul le lupus de la langue, véritable lupus scléreux, mamelonné et papillomateux, ainsi que nous le verrons résiste beaucoup plus longtemps, et ce n'est qu'en 1888 que l'on peut le considérer comme à peu près guéri. Je dis, à peu près car la langue présente encore actuellement un aspect un peu lobulé-scléreux, dû sans doute à la cicatrisation du lupus mais qui ne doit pas moins forcer à une surveillance attentive.

J'ajoute, en terminant, que la malade fut atteinte à plusieurs reprises, en 1885, en 1887, de poussées d'érésypèle blanc (dit des strumeux) qui débutaient au niveau des foyers lupeux accompagnées d'engorgement des ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires qui furent chaque fois suivies d'une poussée de congestion pulmonaire siégeant au niveau des sommets.

Il est absolument certain que c'est à la suite de la première poussée de lymphangite, en décembre 1885 que la malade fut prise de signes de tuberculose pulmonaire au niveau des sommets, et en particulier du sommet droit, signes que l'on n'avait jamais pu constater jusque-là, malgré des auscultations presque journalières, signes qui allèrent en augmentant pendant plusieurs mois, m'inquiétèrent beaucoup et ne cédèrent partiellement qu'à un traitement sérieux et à une révulsion énergique sur les parois thoraciques.

Le rôle joué par ces poussées lymphatiques et ces fluxions ganglionnaires dans la propagation du virus tuberculeux et dans l'infection secondaire du poumon, rôle sur le quel j'ai insisté à plusieurs

reprises dans mes travaux sur le lupus (*Annales de dermatologie*, 1886. *Bulletin médical*, 1888, Comptes rendus de l'Institut, mai 1889, *Annales de la tuberculose*, 1889), a été indéniable chez cette malade.

Ajoutons enfin qu'en 1886, la malade a été atteinte d'un zona survenu au niveau de la région sous-scapulaire droite, par conséquent du côté correspondant au poumon le plus atteint.

« L'observation précédente, constitue un cas unique dans les annales de la science, dit M. le docteur Leloir, à propos de cette malade, il n'avait pas encore été publié d'observations du lupus de la langue, et beaucoup de dermatologistes se refusaient même à admettre l'envahissement de cet organe par le lupus. Le fait précédent prouve que dans des cas exceptionnels le lupus peut envahir la langue ; dans l'observation que je relate, il n'y a pas de doute à avoir. L'existence des lésions lupeuses est cliniquement incontestable au niveau de la face et de la cavité bucco-pharyngienne.

» L'absence d'action du traitement antisyphilitique ; car ce n'est guère qu'avec une glossite syphilitique scléreuse que ces lésions bizarres de la langue auraient pu être confondues, enfin et surtout les résultats fournis par l'examen histologique (constatation évidente de nodule tuberculeux dans les lésions linguales par les recherches histologiques ; constatation des rares bacilles tuberculeux, par les inoculations expérimentales ; production chez les animaux inoculés de lésions tuberculeuses incontestables et inoculables en séries), permettent d'affirmer d'une façon absolue que nous sommes ici en présence d'un lupus de la langue.

» Ici la démonstration est certaine, ce n'est pas la clinique seulement qui démontre la nature lupeuse de cette glossite, c'est l'histologie, la bactériologie et l'expérimentation. Voilà

pourquoi le fait précédent est unique dans son genre et absolument irrécusable.

» Quant à la nature particulière de ce lupus lingual, c'est un lupus qui rentre dans la série des lupus auxquels je donne le nom de lupus demi-scléreux.

» Cette variété de lupus intermédiaire entre le lupus vulgaire et le lupus scléreux que j'ai décrit soit seul, soit en collaboration avec E. Vidal, se caractérise par la sclérose incomplète de follicules lupeux, sclérose qui en général, n'envahit que la zone externe de ceux-ci.

» Il résulte de tout ce qui précède que les lupeux peuvent dans des cas exceptionnels, être atteint de lésions linguales de nature lupeuse, mais pour la démonstration absolue de la nature lupeuse de ces lésions linguales, il faut des recherches histologiques précises.

» C'est ainsi que je possède dans mes cartons, une observation que jai recueilli en 1884, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur A. Fournier, qui m'a rendu bien souvent perplexe depuis que la malade de mon service m'a démontré, en 1885, la possibilité du lupus lingual. Voici, en deux mots, le résumé de cette observation : »

W... (Louise), quarante-trois ans, aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire. Lupus vulgaire de la face ayant débuté dans l'enfance, mais apparu d'une façon évidente il y a six ans. Guérison presque complète par les scarifications. Glossite scléreuse lobulée à lobules nacrées, lisses, séparées par des fissures profondes, paraissant avoir débuté en 1879. Perforation de la voûte palatine survenue en 1884.

« S'agissait-il dans ce cas d'un lupus de la langue, je n'en sais absolument rien et me garderait bien d'émettre à cet

égard la moindre opinion, n'ayant aucune preuve scientifique sérieuse.

» Depuis 1885 j'ai montré successivement ma malade aux dermatologistes les plus éminents.

» Pas un n'avait vu de cas analogues, seul, le professeur Doutrelepont me dit qu'il en avait vu un.

» Depuis lors, et depuis que j'ai présenté en juillet 1888, mon cas de lupus de la langue au Congrès de la tuberculose, l'assistant de Doutrelepont, le docteur Max Bender a cité un cas de lupus de la langue. Description incomplète et que ne confirme aucune étude histologique ou expérimentale. »

Nous reproduirons cependant à la suite des observations de M. le docteur Leloir, la traduction de celle de M. le docteur Bender.

Comme je n'ai pu trouver, dit Bender, dans la littérature médicale d'autres cas de lupus lingual et que M. Doutrelepont m'a dit n'en avoir vu que deux, j'ai cru utile de rapporter l'observation suivante :

F... (L.), mineur, vingt-deux ans, entré à l'hôpital le 1er mars 1888. Père mort de la tuberculose.

Le malade avait quinze ans quand les premières lésions apparurent au cou. Un an après, le nez fut envahi. Au même moment apparurent de petites hémorrhagies dans la muqueuse nasale.

A son entrée à l'hôpital, la muqueuse de la moitié inférieure des fosses nasales est hypérémiée. Sur les ailes existent des nodules lupiques, nombreux, brunâtres, non ulcérés; nombre de tubercules isolés sur la lèvre supérieure et la joue gauche.

Les deux narines sont pleines de croûtes et la muqueuse nasale farcie de granulations lupiques saignantes.

Au côté droit du cou existent des plaques grandes comme la paume de la main, serpigieuses, avec une bordure de nodules récents et quelques cicatrices médianes.

On constate sur le dos de la langue, dans son tiers postérieur, des saillies notables formées de mamellons brillants. L'examen laryngoscopique montre une perte de substance semi-lunaire sur l'épiglotte. La muqueuse de la langue est gonflée et infiltrée.

Pas de tuberculose pulmonaire.

En 1889, dans le *Traité de Butlin*, à l'article Lupus, nous trouvons deux observations très intéressantes, l'une traduite de l'anglais, c'est celle de Fairlié Clarke, mentionnée plus haut, la seconde est celle d'une malade en cours de traitement.

Le malade observé par Clarke, âgé de dix-huit ans, était depuis plusieurs mois au West London Hospital quand il mourut.

Il ne présentait ni sur la face, ni sur aucun point du corps trace de lupus ni récent, ni ancien. Il existait une ulcération profonde sur le côté gauche de la langue et une autre très superficielle correspondant sur la gencive. La muqueuse buccale présentait de la congestion généralisée, était épaissie et avait un aspect velouté. Le voile du palais avait complètement disparu; l'épiglotte était épaissie, mais pas ulcérée; la muqueuse du nez et des sinus était également épaissie et présentait par places de petites ulcérations. Les ganglions lymphatiques n'étaient pas touchés, mais les glandes salivaires étaient augmentées de volume. Les poumons ne présentaient pas de trace de tuberculose et la mort semble avoir été amenée par épuisement dû à l'extension du mal et à l'impossibilité de se nourrir.

J'ai assisté à cette autopsie, dit Butlin, et j'ai fait ensuite l'examen de la muqueuse de la bouche. Ces tissus étaient infiltrés de petites cellules arrondies, mais c'est tout ce qu'on trouve à cette époque pour caractériser la maladie (1875). Dans les conclusions de son rapport

sur ce cas. Clarke parle comme s'il considérait cette affection simplement comme une forme d'ulcération tuberculeuse de la bouche, car il l'appelle ulcération tuberculeuse primitive; il a dû vouloir dire lupus tuberculeux primitif. Je n'ai jamais été bien édifié sur la nature de ce cas. Il n'y a pas de doute qu'il s'est agi là d'une affection rare; l'avis de sir James Paget, qui vit le malade peu de temps avant sa mort, était qu'il s'agissait là d'un cas de lupus tuberculeux, mais l'épaississement considérable de la gencive, l'aspect velvétique de toute la muqueuse malade, ne rappelaient en rien tous les cas de lupus que j'ai vus sur d'autres points du corps.

Depuis que j'ai écrit ce qui précède, le docteur Forshall m'a adressé une jeune femme atteinte d'un lupus de la langue, secondaire à une affection semblable de la face et des lèvres. Je fis entrer la malade à l'hôpital Saint-Bartholomée, où l'on prit son observation accompagnée d'un dessin aussi exact que possible de la lésion linguale. C'était une jeune femme de vingt-trois ans, bien développée, mais horriblement défigurée. Toute la partie centrale de la figure était recouverte d'un mince tissu de cicatrice blanc parsemé de petites ulcérations non encore guéries. Le nez était rongé au ras de la figure. La lèvre supérieure raccourcie adhérait intimement par sa face profonde à la gencive, tous deux présentaient un rebord ulcéré. De là, l'affection s'étendait à la voûte palatine sur une étendue de deux centimètres et demi. La lèvre inférieure hypertrophiée était renversée en bas et sur sa face profonde existait un ulcère étendu de mauvaise nature. Les deux lèvres adhéraient entre elles aux commissures de manière que l'orifice buccal était considérablement rétréci. Quand elle ouvrait la bouche, on voyait sur la partie antérieure de la langue une ulcération présentant absolument les mêmes caractères que celles des lèvres et du palais.

Au début, cette ulcération était recouverte en grand partie par une croûte épaisse : sous cette croûte la surface était inégale, d'une coloration rosée et recouverte par places de pus désséché. Les bords

étaient taillés à pic, irréguliers et décollés par places. Il n'existait aucune inflammation de voisinage, ni rougeur, ni induration ; sur le dos de la langue et dans les environs de l'ulcération se voyaient de toutes petites plaques jaunes. Le malade ne pouvait parvenir à tirer la langue hors de la bouche : ce qui me surprit tout d'abord, car il n'existait évidemment pas d'ankyloglosse ; mais quelques jours plus tard quand je fis un examen plus complet sous le chloroforme ; je m'aperçus que la pointe de la langue avait été complètement détruite par l'ulcération jusqu'au filet. Il n'était donc pas étonnant que la malade ne put la faire saillir hors de la bouche.

La voix était rauque et comme cette raucité remontait, paraît-il, à plusieurs années, et avait suivi l'affection buccale, il était permis de supposer que le larynx était atteint de lupus.

Quoiqu'il en soit il me fut impossible d'examiner cet organe parce que je ne pouvais pas saisir la langue.

Outre toutes ces lésions graves de la face et de la bouche, cette malade avait perdu son pouce et elle portait encore à la main des ulcères de lupus non guéris.

Malgré tout cela, sa santé générale n'était pas mauvaise ; elle aurait passé pour une personne plutôt délicate, il est vrai, mais jamais on n'aurait soupçonné les ravages que cette maladie avait faite et faisait encore. Ce qui ajoutait encore à la bizarrerie de son aspect c'était un nystagmus constant et une coloration jaune orange spéciale de ses yeux.

Elle nous raconta qu'elle s'était fortement enrhumée six ans auparavant; les mucosités qui tombaient de son nez avaient irrité sa lèvre supérieure : il se forma des petits points malades qui envahirent bientôt les deux joues. Petit à petit le mal gagna le bord libre de la lèvre supérieure, qu'il contourna pour envahir la gencive et le palais. Puis, il y a environ quatre ans, autant qu'elle peut s'en souvenir, la pointe de la langue venant en contact avec les parties malades, il s'y

forma des boutons qui, en crevant, firent place à des ulcères. Mais elle se rappelait parfaitement aussi que sa langue était souvent écorchée par les dents incisives avant que l'ulcération ne l'eut fait tomber, de sorte qu'elle croyait fermement que sa langue s'était inoculée au contact de la lèvre et de la gencive. Trois ans avant son entrée à l'hôpital, était survenu un ulcère au coude gauche, envahissant lentement l'avant bras et la main pour se fixer sur le pouce, lequel fut atteint jusqu'à l'os et on dut l'amputer. Elle était fille unique; son père et sa mère étaient bien portants et il n'existait pas dans ses antécédents de famille ni syphilis, ni scrofule, ni lupus. Elle-même avait joui jusque-là d'une bonne santé, elle n'avait jamais présenté dans son enfance de manifestations scrofuleuses. Au moment de notre examen nous constatons un ganglion engorgé, de petite dimension, situé sous le menton et sur la ligne médiane.

Possédant ainsi tous les éléments de la cause, il était très simple d'en faire le diagnostic exact. Mais si la langue seule avait été malade, je crois qu'il en eût été tout autrement. Cette ulcération ressemblait, en effet, à un ulcère scrofuleux ou tuberculeux de la jambe ou du bras et eût probablement été considéré comme tel. Les petits points jaunes et l'absence de toute inflammation auraient milité en faveur de la tuberculose, et d'un autre côté, ce diagnostic eût été en contradiction avec la longue durée de l'affection (quatre ans), l'absence de douleur, la marche uniformément progressive, l'état général relativement satisfaisant et sutout l'absence de tout autre signe de la diathèse.

Comme traitement, j'ai gratté soigneusement la lèvre inférieure et l'ulcération de la langue avec une curette de Volkmann, et si elle se trouve bien de cette intervention, j'en ferai autant à la lèvre supérieure et au palais.

Michelson publie en 1890, deux observations très complètes dont nous rapportons ici la traduction :

Observation I (Michelson)

P... (J), quarante-huit ans, commerçante à Kœnigsberg.

Le père de la malade est mort de pleurésie, la mère de vieillesse, la grand'mère maternelle d'un cancer du sein. Des onze enfants, trois seulement sont encore en vie ; l'appareil pulmonaire ne peut être incriminé qu'une fois comme cause de décès d'une de ses sœurs.

La malade fut toujours bien portante jusqu'à l'âge de dix ans, âge à laquelle elle fut atteinte d'affection stomacale. Jamais d'infection syphilitique. Elle mit au monde cinq enfants, dont trois moururent jeunes. Pas d'avortement. Il y a un an, débutèrent les lésions du larynx, sensation de piqûre et de brûlure au niveau de la gorge, surtout pendant la déglutition. Impression de corps étrangers, d'étranglement. Extinction de voix assez fréquente quand la malade a trop causé pour son commerce. Elle est restée complètement enrouée quatorze jours de suite pendant l'hiver dernier.

Elle suit un traitement médical jusqu'au mois de juillet 1890, époque à laquelle la malade vient pour la première fois à notre consultaion.

19 juillet. — Femme fortement constituée, à facies excellent. Elle se plaint beaucoup d'une sensation de sécheresse et de piqûre dans le fond de la gorge, principalement du côté gauche. Appétit et sommeil bons. Aucun symptôme de fièvre. La muqueuse de la bouche est très pâle. Toute la muqueuse palatine a l'aspect anémique. La partie antérieure du voile, surtout à droite, est amincie. On remarque à leur surface, à un examen attentif, des traces de cicatrices blanchâtres, brillantes, nacrées comme des tendons. Sur la base de la luette et sur la muqueuse environnante du palais existe une ulcération cicatrisée de 1 centimètre de longueur, sur 4 à 5 millimètres de largeur, de profondeur insignifiante. A l'examen laryngos-

copique. Dans la région de la base de la langue se trouve une agglomération de glandes empilées les unes sur les autres, grosses comme des grains de chènevis, couvertes de petites nodosités rougeâtres qui lui donnent un aspect velouté. En arrière, on remarque encore cette même pullulation sur la face supérieure de l'épiglotte, mais ces granulations sont cependant placées de préférence sur la partie médiane, suivant une ligne courbe qui se dirige à droite et en avant.

A gauche, une ligne irrégulière, plus brillante et plus fine relie la base de la langue à l'épiglotte qui est fortement épaissie et sa muqueuse est surélevée et très rouge.

L'épiglotte infiltrée couvre complètement l'entrée du larynx.

Si on la soulève avec une sonde on voit que les replis ari-épiglottiques sont modérément gonflés mais qu'il n'existe rien dans le larynx.

Au cou, les ganglions ne sont pas engorgés ; seulement la malade éprouve une certaine douleur à l'angle de la mâchoire, surtout à gauche.

Tout autre examen et en particulier celui de la poitrine ne donne rien. Traitement, ablation de la masse confluente dans la région de la base de la langue avec le galvano-cautère. Installation de menthol et cautérisation de l'ulcération pharyngienne avec le nitrate d'argent ; à l'intérieur, créosote.

18 octobre. — Les ulcérations sont guéries en partie. Le fond de la surface en voie de cicatrisation est encore à surveiller. On le voit très bien couvert de granulations. Les masses enlevées n'ont pas récidivé. L'épiglotte est encore tuméfiée. En arrière de la base de la langue, petites nodosités. L'état mental du malade est plutôt excellent.

24 novembre. — La malade est soumise au traitement de Koch dans la clinique médicale de Bruns. Elle reçoit deux injections sous-cutanées, c'est-à-dire 0,01 centigrammes le 22 novembre et 0,02 centigrammes le 23. Après les deux injections, il y a fièvre. Le 22 novembre, le thermomètre monte, en effet, à 38°. Le 23, à 38°8.

Après la deuxième injection, la malade se plaint que sa langue

gonfle : A l'inspection de la langue, aujourd'hui, il y a augmentation remarquable des parties normales auparavant et apparition d'une nouvelle tumeur à la région de la base de la langue, et, dans toute sa partie gauche, infiltration très diffuse.

Observation II (Michelson).

V. (P.), trente-neuf ans, cocher à Kœnigsberg. Le père du malade est mort à soixante-cinq ans d'une maladie de poitrine, ainsi qu'une de ses sœurs décédée à sept mois.

La mère du malade et ses trois oncles sont bien portants. Il en est de même de sa femme et de ses quatre enfants dont l'aîné a huit ans, la plus jeune quelques semaines. La femme n'a jamais fait de fausses couches.

Le malade lui-même déclare n'être malade que depuis deux ans. Il ne donne aucun renseignement sur une cicatrice anormale qu'il porte sur le visage.

Depuis deux ans, le malade ressent une certaine gêne pendant la déglutition, surtout après l'ingestion d'aliments chauds, et il se plaint d'une sensation de constriction à la gorge.

Il s'est produit, à cette date, un engorgement des ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens, et le malade s'est mis à maigrir, tousser et cracher abondamment. Il ressent une douleur aiguë entre les deux épaules depuis la nuit de Noël, et une sensation de chaleur et d'oppression à chaque travail soutenu. Il consulte un médecin qui lui ordonne pendant longtemps des lavages de la bouche avec une solution chaude de chlorate. Mais il ne continue pas ce traitement.

14 avril. — Sur les instances de son docteur, M. Sembutski, le malade se présente pour la première fois, dans mon service. Homme aux os saillants, peu musclé, pannicule adipeux disparu. Visage sain

et d'une bonne coloration. Lèvres un peu cyanosées. Sur la peau de la moitié droite du visage, surtout en avant de l'oreille et à l'angle de la mâchoire, un certain nombre de cicatrices déprimées et plus pâles, en partie plus grosses que la tête d'une épingle, d'autres de la grosseur d'une lentille, quelques-unes situées dans la région préauriculaire sont un peu plus grandes et d'une forme irrégulière.

A l'examen de l'arrière-gorge, on voit que la luette manque. Sur la muqueuse du palais un nombre assez grand de cicatrices étroites de 1 millimètre à 1 mil.1/2 de profondeur, en partie blanchâtres, en partie plus livides. Celles-ci s'étendent les unes dans une direction antéro-postérieure, un plus grand nombre dans une direction transversale, mais toutes différentes de grandeur et de forme.

Les plus remarquables ont une grandeur de 2 centimètres à 2 cent. 1/2, leur plus grande largeur est de 3 à 4 millimètres.

Dans la partie de la muqueuse palatine non occupée par ces cicatrices, on voit des îlots de surface infiltrée. Sur la face inférieure, à la pointe de la langue, on peut reconnaître des traces de cicatrices lisses et brillantes. En dedans de cette dernière zone cicatricielle, on trouve une surface saine de 2 à 3 millimètres qui présente la structure inférieure de la langue, mais avec une augmentation et une rougeur de de quelques-unes de ces papilles. En avant de la région des papilles caliciformes sur le sillon médian de la langue, on remarque un bourrelet en forme de crête de coq haut de 2 millimètres, large de 1 millimètre, long de 3 à 4 s'étendant sur la face dorsale jusqu'à la base de la langue.

Sur les côtés de la langue et à sa pointe, on remarque des cicatrices lisses. Le frein de la langue est raccourci et fortement coloré. A gauche, on remarque une zone d'environ 12 millimètres, dans son plus grand diamètre, creusé irrégulièrement, dans le voisinage du plancher de la bouche.

La partie inférieure de la pointe de la langue est ulcérée et donne une sécrétion pâle. Le bord de l'ulcération est lisse, aminci irrégu-

lièrement. Dans d'autres endroits, il est légèrement épaissi. Les gencives sont rouges et tuméfiées; la couronne de la plus grande partie des dents est cariée.

La muqueuse du pharynx est pâle et rétrécie par les cicatrices.

Examen glosso-laryngoscopique. — Les glandes de la base de la langue, sont fortement développées. A droite et à gauche, on trouve de profondes cicatrices. L'épiglotte est épaissie, les bords sont repliés vers l'extérieur. Sur la face supérieure, l'épithélium de l'épiglotte est irrégulièrement rouge, il est traversé par des cicatrices plus pâles.

L'épiglotte recouvre entièrement le larynx. On ne peut pas, même après la cocaïne, soulever l'épiglotte avec la sonde, afin de voir l'intérieur du larynx. On ne peut apercevoir que le sommet des cartilages infiltrés et ulcérés. Voix rauque.

A droite, dans la région sous-mentonnière, on trouve un ganglion de la grosseur d'une amande. L'engorgement des autres ganglions voisins n'est pas appréciable.

L'auscultation révèle la présence d'un emphysème. En effet, aux sommets respiration rude, à la base, respiration plus douce. Râles secs. Expectorations muqueuses. Pas de bacille de Koch.

Rien à signaler dans le reste du corps.

26 juin. — Sous l'influence d'un traitement interne à la créosote (3 à 6 pilules de 5 centigrammes par jour), avec application locale d'acide tartique de 30 à 50 0/0 et d'instillation de menthol, additionné d'iodure, depuis le 1er juin; l'infiltration de la muqueuse des cartilages aryténoïdes a diminué et les ulcérations de ce cartilage ont guéri. Egalement l'ulcération de la base de la langue est en bonne voie. La malade commence à reprendre des forces.

22 juillet. — Les ulcérations de la pointe de la langue sont guéries ; l'infiltration des cartilages aryténoïdes est encore appréciable. La voix n'est plus aussi émoussée. La surface des masses fongueuses qui se trouvent à la partie inférieure de la base de la langue commencent à s'ulcérer. Cette infiltration est détruite au galvano-cautère.

27 septembre. — La cicatrice récente qui se trouvait à la partie inférieure de la pointe de la langue s'est ulcérée de nouveau.

Cette nouvelle ulcération est grosse comme un pois, lisse, à bords amincis.

12 octobre. — La malade se plaint d'une constriction dont la cause est dénoncée par l'inspection laryngienne. On trouve en effet sur la ligne pharyngo-épiglottique une ulcération lisse, plus grande du côté pharyngien et qui siège en bas et à droite. L'enrouement est aussi revenu.

C'est en 1890 également que Garré et Chiari publièrent deux cas de lupus lingual. Nous n'avons pu malgré de patientes recherches, retrouver ni les textes mêmes, ni leurs résumés.

Il nous faut arriver en juillet 1895 pour retrouver admirablement décrit par Darier un nouveau cas de lupus lingual.

V... (Augustine), âgée de vingt-et-un ans, est atteinte d'un lupus vulgaire de la presque totalité de la face, accompagnée de nombreux placards lupiques sur le cou et l'avant-bras droit.

Le début de cette affection remonte à l'âge de trois ans. Le lupus paraît avoir pris son point de départ dans un abcès ganglionnaire sous-maxillaire qui s'est ouvert spontanément. De là, par son accroissement incessant, il a progressivement envahi la face; les placards aberrants de la nuque et du membre supérieur n'auraient apparu qu'à l'âge de dix ou douze ans.

En décembre 1891 on prit un moulage de la face, et la malade fut confiée par M. Besnier à M. Broca, qui pratiqua une rugination chirurgicale aussi complète que possible de toutes les lésions. Peu de mois après, l'affection avait repris son aspect antérieur. Ce traitement

énergique avait donc échoué; toutes les autres médications internes et externes qui ont été successivement mises en usage, soit avant, soit après cette intervention, n'ont pas eu un résultat plus heureux. Mais l'activité proliférante des masses lupiques n'est pas la seule cause de cet insuccès; il faut accuser aussi l'extrême pusillanimité de la malade et son intolérance pour les traitements actifs.

Actuellement, toute la face et les parties latérales de la tête sont prises à l'exclusion du front et de l'oreille gauche; le cuir chevelu n'est pas envahi; le bord ciliaire des paupières est libre. Le nez, dont toute la moitié inférieure a disparu est réduit à un petit tubercule de forme pyramidale. La bouche est déformée et transformée en un orifice permanent de 3 centimètres de hauteur sur 4 de largeur, par abaissement de la lèvre supérieure à droite, cette lèvre étant en même temps très épaisse et indurée. Destruction à peu près totale de la lèvre inférieure.

Le lupus occupe en outre le menton, toute la région hyoïdienne et la partie supérieure des deux régions sterno-mastoïdiennes. Sur le cou, à droite, on trouve quatre placards lupiques dont l'un a l'étendue d'une pièce de cinq francs; deux autres plus petits siègent sous la clavicule droite et dans l'aisselle gauche. Au pli du coude droit et sur la face antérieure de l'avant-bras il y a deux plaques de la grandeur de la moitié de la main. Toutes ces parties envahies sont d'un rouge jaunâtre, marbrées de raies blanches et de télangectiasies; elles sont limitées par des contours géographiques et par places environnées de tubercules isolés.

Les téguments y sont épaissis, saillants; ils sont érodés sur certains points des joues, ulcérés autour de l'orifice buccal où l'on voit des bourgeons charnus mollasses. Sur les surfaces d'aspect cicatriciel on distingue d'innombrables masses lupiques isolées ou confluentes, jaunâtres, demi-transparentes et molles, enchâssées dans un tissu ferme et scléreux.

L'état des muqueuses nous intéresse particulièrement. Les conjonc-

tives sont intactes. Les fosses nasales ne peuvent pas être examinées, l'orifice narinaire gauche étant complètement oblitéré par une cicatrice, le droit réduit à un pertuis qui admet à peine un stylet.

Par l'orifice buccal toujours béant on voit les incisives supérieures cariées et les inférieures déchaussées et enduites de tartre. Les dents sont presque toutes cariées ou mal plantées, se chevauchant les unes les autres, en raison d'un rétrécissement transversal considérable des deux maxillaires. La voûte du palais, ogivale, en gouttière, admettant à peine l'extrémité de l'index, est occupée dans ses deux centimètres antérieurs par une plaque lupique, exulcéreuse, avec bourgeons roses sur fond grisâtre.

La joue droite a sa muqueuse cicatricielle et gonflée ; à gauche, elle est infiltrée, bourgeonnante. Les gencives, très difficiles à explorer, sont ulcérées et bourgeonnantes au niveau des incisives inférieures.

Le voile du palais, cicatriciel et lisse, est tendu par les piliers rétractés et ne laisse entre lui et la langue qu'un orifice ovalaire de 15 à 18 millimètres, qui représente l'isthme du gosier : la luette a totalement disparu. La paroi postérieure du pharynx présente une surface granuleuse et paraît être le siège d'une infiltration lupique en nappe. L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué et sera difficile en raison de la déformation des parties ; la voix est nasonnée, mais non pas enrouée.

La langue présente, dans ce cas, l'intérêt principal. On y remarque deux plaques lupiques en dehors desquelles l'organe est parfaitement normal.

La première de ces plaques, ovalaire et allongée d'avant en arrière, mesurant 1 centimètre sur 8 millimètres, est située sur le dos de la langue, à gauche du raphé, et arrive à 6 ou 8 millimètres de la pointe et du bord latéral gauche.

Elle offre une saillie appréciable, plus accentuée à son milieu. Elle n'est pas ulcérée, mais sa surface est mamelonnée, couvertes d'élevures hémisphériques ou fongiformes inégales, du volume d'un grain de millet pour les plus grosses, de couleur rougeâtre ou grisâtre, séparée

par des sillons d'un blanc gris. Celles du centre de la plaque sont un peu plus hautes que celles de la périphérie. Le bord de la plaque est limité nettement par une collerette de petites élevures papillaires.

Au toucher on constate une fermeté remarquable de la lésion, mais l'induration est superficielle ; il n'y a pas d'empâtement profond. L'indolence est absolue, la malade n'éprouve qu'une sensation de corps étranger sur la langue et laisse palper la plaque sans aucune crainte.

La seconde plaque siège sur le bord gauche de la langue, à cheval sur ce bord, et à l'ûnion du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de l'organe. Elle est plus étendue et aussi saillante, sa surface est grisâtre, granuleuse, surmontée de petites élevures, qui sont moins hautes et moins nombreuses que celles de la première plaque.

Cette plaque est moins nettement limitée et ses bords diffus ne sont pas bordés par une collerette papillaire. Sur la face inférieure de la lésion on remarque une minime ulcération anguleuse, à fond grisâtre, paraissant provoquée par le contact d'une dent cariée. Cette plaque est autant indurée, sinon plus, que la première et absolument indolente.

L'époque d'apparition de ces plaques ne peut être précisée ; nous les avons découvertes au mois de mai 1895, à l'occasion de névralgies faciales dont se plaignait la malade. Elle déclare qu'elles ont apparu d'une façon tont à fait insidieuse, sans qu'il y ait eu de morsure, de piqûre, de traumatisme ou de lésion quelconque, et qu'elle n'éprouvait que la gêne causée par leur saillie.

Elle dit avoir montré un « petit bouton » sur sa langue à la religieuse de service en janvier dernier, mais est très peu affirmative à cet égard. L'insidiosité, l'indolence parfaite de ces lésions ressortent clairement de cette absence de souvenirs sur leur début et ces caractères doivent mis en regard de la vive sensibilité qui appartient d'ordinaire aux ulcérations tuberculeuses vulgaires de la langue.

J'ajouterai que le palper fait reconnaître difficilement la présence de quelques petits ganglions indurés dans les fosses sous-maxillaires, que la malade ne tousse ni ne crache, mais que l'examen des poumons

révèle aux deux sommets et surtout à droite, une submatité légère, avec une exagération des vibrations, un timbre soufflant de la respiration aux deux temps, sans râles ni craquements, signe d'une induration scléreuse certaine.

L'état général est très bon, la malade n'a pas maigri et toutes les fonctions se font normalement.

Les caractères spéciaux de ces lésions linguales, leur coïncidence avec un lupus rebelle et en constante activité, rendent superflue toute discussion de diagnostic dans ce cas, à ce qu'il me semble tout au moins.

J'ai, toutefois, tenu à confirmer le diagnostic par l'examen histologique. A cet effet, j'ai excisé un segment de la plaque antérieure, comprenant le milieu et les bords de cette plaque.

Examen histologique. — Les coupes, faites après durcissement dans l'alcool et inclusion dans la paraffine et soumises aux réactifs colorants les plus divers, m'ont permis de reconnaître : 1° qu'il s'agit bien de lupus ; 2° que dans ce lupus il y a une dégénérescence cellulaire très particulière.

Si l'on examine les coupes en partant du bord de la plaque et en se dirigeant vers son centre, on remarque tout d'abord un allongement considérable des papilles et une hypertrophie extrêmement marquée de l'épiderme et surtout des bourgeons interpapillaires.

Les papilles réunies en groupes, qui correspondent aux mamelons visibles à l'œil nu, sont séparées par des prolongements épithéliaux assez larges, un peu irréguliers, et pénètrent profondément entre elles. Près du centre de la plaque, le sommet des papilles n'est au contraire revêtu que d'une couche épithéliale peu épaisse; partout l'épithélium est infiltré de cellules migratrices assez nombreuses.

Les papilles renferment des vaisseaux dilatés pour la plupart, et des cellules d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche du milieu de la coupe; cette infiltration cellulaire est encore plus marquée à la base des papilles et dans le derme sous-jacent. D'emblée on est frappé

de la distribution figurée de cette infiltration qui se groupe en nodules plus ou moins volumineux. Les cellules qui composent ces nodules sont diverses et ordonnées le plus souvent comme suit : au centre se voient une ou plusieurs cellules géantes, parfois énormes, renfermant de vingt à cinquante noyaux et davantage, et des cellules peu colorées, épithélioïdes, polynucléées souvent; autour sont des cellules grandes ou petites présentant les caractères morphologiques et les réactions de coloration des plasmazellen d'Unna; dans l'intervalle des nodules, disséminées dans le chorion et dans les papilles, il y a des cellules plasmatiques, des cellules conjonctives fusiformes, des leucocytes et des éléments dégénérés dont je parlerai plus bas; les mastzellen y sont rares; le réseau élastique est morcelé et réduit en flocons inégaux.

A cette description, il est facile de reconnaître qu'on est en présence d'une plaque de lupus reconnaissable à ses follicules tuberculeux spéciaux : il y a six ou huit de ces follicules et environ douze ou quinze cellules géantes dans chaque coupe. Il n'y a pas de processus scléreux autour des nodules, sinon peut-être dans les parties profondes du fragment où se voient quelques bandes fibreuses; partout ailleurs le tissu conjonctif, loin d'être hyperplasié, est seulement dissocié par l'infiltration cellulaire. L'allongement des papilles et l'accroissement très marqué des bourgeons interpapillaires, caractérisent un lupus papillomateux. J'avoue n'avoir pas fait la recherche des bacilles de Koch dans les coupes, et avoir reculé devant une excision suffisamment large pour permettre des inoculations aux animaux; mais les résultats de l'histologie m'on paru suffisamment probants.

L'examen de coupes, même non colorées et à l'aide d'un faible grossissement, y fait reconnaître la présence d'un grand nombre de boules réfringentes, disséminées dans le corps papillaire et dans le chorion. L'emploi d'un très grand nombre de réactifs colorants usités en histologie m'a permis de me renseigner sur leur signification et leur nature. Ces boules sont à peine teintées par l'acide osmique, ne

sont solubles dans les alcalis ni dans les acides, ni dans les essences; elles ne fixent pas l'iode; elles se colorent en jaune orangé par le picro-carminate.

Les plus belles préparations sont obtenues par la safranine qui teint les boules en rose, par la thionine phéniquée qui les colore en bleu verdâtre, alors que les noyaux sont bleus, par le bleu polychromé et le créosol qui les fait ressortir en bleu presque noir, mais surtout l'hématoxyline et l'éosine qui fournissent une double coloration des noyaux en bleu et des boules réfringentes en rose. Par la méthode de Gram-Weigert la substance des boules pâlit si l'on emploie l'aniline pure comme décolorant ; elle reste violette si l'on use d'un mélange d'aniline et de xylol.

Ces réactions permettent de reconnaître qu'il ne s'agit ni de graisse, ni d'une substance calcaire, ni d'amyloïde, mais bien d'une substance *hyaline*. Presque toutes les boules hyalines qui sont arrondies ou ovalaires, jamais allongées en boyaux sur aucune coupe, présentent par les colorants nucléaires un noyau intimement accolé à leur substance, souvent aplati par elle ou déformé en demi-sphère, en calotte, ou en coin. Ces boules sont donc des cellules dont le protoplasma est en dégénérescence hyaline. Très fréquemment la matière hyaline est divisée en segments à facettes entre lesquels se voit une très mince cloison protoplasmique. Il est exceptionnel de trouver une cellule au début de la dégénérescence ne renfermant qu'une parcelle ou une boule minime de substance hyaline ; en pareil cas, il semble bien que l'on ait affaire à des cellules conjonctives ou plasmatiques. Les faisceaux conjonctifs, les parois vasculaires, les fibres musculaires striées que renferme la coupe, ne sont jamais atteints par l'infiltration hyaline qui est uniquement limitée à certaines cellules.

La distribution de ces cellules hyalines ne semble obéir à aucune loi fixe. On en trouve de disséminées dans les grandes papilles, plus ou moins près des vaisseaux ou de l'épithélium ; il y en a plus encore à la base des papilles et dans le chorion ; elles y sont disposées en

essaims, non en groupes réguliers. En tous cas les nodules lupiques ne renferment en aucun point de ces cellules hyalines. La dégénérescence des cellules géantes, grandes ou petites, ne donne en aucune façon les réactions de l'hyaline.

Il est impossible de ne pas être frappé de l'analogie, de la presque identité qu'il y a entre les cellules hyalines de ce lupus et celles qui se rencontrent communément dans le rhinosclérome. Par acquit de conscience, j'ai cherché sur mes coupes des bacilles de Frisch, avec un résultat négatif ; je n'ai trouvé de micro-organismes colorables ni dans les cellules hyalines, ni autour d'elles.

Il est vraisemblable que la dégénérescence hyaline ne se rencontre dans ce lupus qu'au même titre où on peut l'observer dans un grand nombre de maladies infectieuses ; pourtant sa grande netteté dans ce cas, l'abondance remarquable des éléments atteints me semblent justifier l'importance que je lui ai donnée dans ma description. On n'avait pas jusqu'ici, à ma connaissance du moins, signalé la présence de cellules hyalines dans le lupus de la peau ou des muqueuses.

Enfin, nous reproduisons trois observations recueillies dans ces dernières années à la Clinique dermatologique de M. le professeur Dubreuilh. Elles complètent la liste des cas de lupus lingual observés jusqu'à ce jour et nous permettront d'entreprendre l'étude de cette affection.

Observation I

P... (Rachel), couturière, dix-neuf ans, s'est présentée à la consultation de M. le professeur Dubreuilh, le 10 août 1891. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. La malade ne peut donner aucun rensei-

gnement sur les grands parents. Le père est mort cardiaque, la mère est bien portante. Un frère également en bonne santé. Dans son enfance, la malade a souffert d'accidents de scrofule : blépharite, impétigo, adénites sous-maxillaire et cervicale.

Le lupus a été précédé d'une dacriocystite et de fistule lacrymale soignée à Paris, à l'hôpital des Quinze-Vingts.

Les manifestations lupiques ont suivi de près cette dernière affection. Elles se sont traduites tout d'abord par un petit bouton sur l'aile du nez (la malade ne pouvant nous dire si c'est à droite ou à gauche.)

Actuellement le nez est presque détruit; le lobule et les ailes ont disparu à la suite d'un traitement fait à Angoulême, il y a deux ans. Sur la pommette gauche existe une large surface cicatrisée. Les lésions en évolution sont fongueuses, ulcérées, exubérantes, recouvertes de croûtes. Elles occupent le dos du nez, toute la lèvre supérieure. La partie antérieure de l'arcade dentaire supérieure est détruite et les dents ne tiennent plus.

La gorge est remplie de fongosités lupiques; la luette a disparu et le voile du palais est très raccourci. Quelques cicatrices et quelques groupes de tubercules sur la voûte palatine. Rien sur la langue. Le docteur P. Guément nous communique la note suivante : lupus du larynx. Epiglotte en turban, nodule sur le bord libre (partie médiane), gonflement œdémateux de la région aryténoïdienne, granulations à la face antérieure des cartilages aryténoïdes, ganglions sous-maxillaires et cervicaux fortement engorgés.

On ordonne à la malade une pommade à l'ichtyol (2) oxyde de zinc (2) pour 20 de vaseline.

16 août 1891. — Ignipuncture sous le chloroforme qui amène une cicatrisation rapide des principales lésions.

Successivement, scarification le 24 septembre; ignipuncture le 2 octobre et le 19 novembre.

A cette époque, les lésions de la peau sont très affaissées. Les muqueuses labiales et palatines sont encore très bourgeonnantes.

On ordonne des lavages de la bouche avec une solution de sulfate de cuivre au 1/2000. Ignipuncture le 5 février 1892. Le 26, la cicatrisation est presque achevée sur les lèvres qui sont fortement rétractées. Les ailes et le lobule du nez ont disparus. Lésions assez étendues sur la voûte palatine et l'arcade dentaire supérieure, dont les incisives et canines sont tombées.

C'est le 14 mars 1892 que l'on s'aperçoit de nouvelles lésions; celles-là, localisées sur la muqueuse linguale. A ce moment, la lèvre et le nez vont bien ; on ne trouve guère de nodules en voie d'évolution qu'aux commissures et un peu à la face interne. Le voile du palais est notablement altéré, la luette a disparu et les bords des piliers sont couverts de bourgeons. Sur la base de la langue, un peu à droite de la ligne médiane, se trouve une plaque de lupus de la grandeur d'une amande. A ce niveau, la muqueuse est saillante, mamelonnée, hérissée de petites saillies rondes, à peu près égales, ressemblant à une framboise.

A la partie antérieure se trouvent plusieurs bourgeons saillants, dont le plus grand offre environ 1 centimètre de largeur et fait une saillie d'un demi-centimètre. Sa surface, comme le reste de la plaque, a la couleur rosée qui ne la distingue pas de la couleur de la langue, mais elle est plus framboisée et mamelonnée que le reste de la plaque. Pas de traces d'ulcération. La muqueuse, sur toute l'étendue de la plaque, est plus dure que normalement : elle présente une dureté élastique toute particulière.

A la partie antérieure, la plaque est très nettement limitée par la saillie abrupte des bourgeons antérieurs. Mais en arrière, il est difficile de reconnaître jusqu'où elle s'étend ; on la perd un peu au niveau du V lingual.

23 mars 1894. — La cicatrisation des lésions cutanées se fait bien ; il y a encore de l'infiltration et des croûtes aux deux commissures. La muqueuse buccale va mieux.

Depuis, la malade a quitté Bordeaux et nous n'avons plus eu de renseignements sur elle.

Observation II.

L... (M.), âgée de quinze ans, sans profession. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Du côté paternel, son grand-père est mort d'accident, sa grand'mère est paralysée. Du côté maternel, les grands parents étaient atteints de paralysie et sont morts à un âge assez avancé.

Son père est âgé de quarante-six ans et jouit d'une très bonne santé; sa mère est en cours de traitement pour une affection utérine.

La malade n'a ni frères ni sœurs. Dès sa première enfance, elle présente les manifestations habituelles de la scrofule. Adénite sous-maxillaire et cervicale. Impetigo de la face et du cuir chevelu, blépharite chronique jusqu'à six ans. Dans cette période, elle est atteinte successivement de plusieurs maladies infectieuses : rougeole, fièvre typhoïde et variole.

A l'âge de huit ans apparaissent les premières manifestations lupiques. Elles se traduisent au niveau de la narine gauche (face externe de l'aile du nez) par un petit nodule dont l'extirpation est immédiatement pratiquée par le docteur Moure. Cette même région est bientôt le siège d'une nouvelle éruption de même nature. Le traitement amène la disparition de tout accident de neuf à onze ans.

A cette époque apparaît une rougeur diffuse de toute la lèvre supérieure et du nez, recouvrant toutes les ailes et remontant environ à deux centimètres au-dessus du nodule. Successivement, quelques points s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes.

Elle entre à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le professeur Piéchaud. Pendant trois ans consécutifs, les accidents se succèdent avec une intensité de plus en plus forte. Le larynx est profondément atteint, l'épiglotte est totalement envahie, ainsi que le repli aryténo-épiglottique droit. La muqueuse des fosses nasales est lésée dans sa totalité.

On fait un curettage complet de la face et des fosses nasales. La malade n'est pas chloroformée à cause de ses lésions laryngées. A la suite de cette opération, les lésions de l'arrière-gorge augmentent avec une telle intensité que la malade est sur le point de suffoquer et que pendant toute une journée on se tient prêt à pratiquer la trachéotomie.

Ces symptômes s'amendent cependant et l'on se décide à traiter les lésions pharyngées. Cette intervention amène immédiatement une recrudescence dans la violence des accidents de la face et de la muqueuse nasale. A plusieurs reprises, les mêmes essais sont pratiqués tantôt du côté des fosses nasales, tantôt du côté du larynx et chaque fois on observe une sorte de balancement dans la recrudescence des lésions : le traitement pratiqué dans une région amène dans les parties non traitées une aggravation de l'affection, si bien qu'en présence de ces faits, on renonce à toute intervention chirurgicale et que peu à peu avec un simple traitement médical les manifestations aiguës du côté de l'arrière-gorge disparaissent lentement (décembre 1894). Vers cette époque elle sort de l'hôpital des Enfants et lorsqu'elle se présente à la consultation des maladies de la peau, elle ne porte plus que quelques nodules lupiques disséminés sur la muqueuse des fosses nasales, du voile du palais et de l'épiglotte. Ces régions sont profondément modifiées par des tissus de cicatrice. Les lésions de la face quoique très améliorées nécessitent encore plusieurs séances de scarifications ou d'ignipuncture. (5 décembre 1894, 17 décembre, 19 décembre, 3 janvier 1895, 10 janvier, 23 janvier, 7 février, 28 février).

Dans l'intervalle de ce traitement il nous faut signaler chez la malade des troubles nerveux qui apparaissent vers la fin de novembre 1894. La malade a successivement plusieurs attaques d'épilepsie vraie (chute, morsure de la langue, perte absolue de connaissance.) Les crises apparaissaient à intervalles irréguliers; nous ne faisons que les signaler car elles n'ont que peu d'intérêt pour nous. C'est aussi au

cours de ce traitement qu'on observe les premières manifestations lupiques sur la langue.

On trouve sur la face dorsale de la langue, au niveau du tiers postérieur et à gauche de la ligne médiane une plaque saillante, ovalaire de 20 millimètres sur 15 assez bien limitée, sa couleur est blanchâtre, ne se distinguant pas de celles des parties voisines. La surface est mamelonnée et formée de petites saillies arrondies de 1 à 2 millimètres de diamètre, serrées les unes contre les autres et séparées par des sillons étroits.

Au toucher la plaque présente une consistance dure, une légère infiltration du tissu sous-jacent.

La lésion complètement indolente ne présente nulle part d'ulcération. Une seule séance d'ignipuncture, faite du reste, assez profondément amène la cicatrisation d'une grande partie de la lésion.

15 août 1895. — La plus grande partie de la lésion est remplacée par une cicatrice plane, et sur les bords, notamment sur la partie interne on trouve encore quelques saillies mamelonnées. On excise un fragment de la muqueuse dans la partie où cet état mamelonné est encore bien accusé. La pièce a été fixée dans l'alcool, incluse dans la parafine, coupée en série et colorée par l'hématoxyline et l'éosine. L'examen de ces coupes est fait au laboratoire de M. le professeur Coyne, par M. le professeur Dubreuilh et donne les résultats suivants :

Examen microscopique. — On trouve un nodule tuberculeux typique, profondément situé dans la muqueuse et caractérisé par un amas très dense de cellules revêtant les unes l'aspect de lymphocites, les autres ayant l'aspect épithélioïde.

Dans la partie centrale de ce nodule on trouve en outre un certain nombre de cellules géantes, de volume variable, quelques-unes très grosses avec une quinzaine de noyaux disposés en couronne. Ce nodule est séparé de la surface par une couche assez épaisse de chorion normal. L'épithélium de la muqueuse est épaissie et ses prolongements interpapillaires notablement allongés.

On retrouve sur la coupe des traces de l'aspect mamelonné noté dans la description clinique sous forme de larges festons.

La recherche des bacilles dans neuf coupes du lupome excisée n'a donné aucun résultat.

Pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet, le traitement est continué sur la face et sur la langue.

25 juillet. — Les lésions de la face sont à peu près cicatrisées. On trouve seulement une petite ulcération dans la narine droite et une autre à la commissure labiale du même côté. La première est scarifiée, l'autre raclée.

L'ignipuncture a amené une légère amélioration de la lésion linguale.

La malade est envoyée à la campagne et elle nous revient dans les premiers jours d'octobre.

10 octobre. — Nous notons l'état suivant :

Le lobule du nez a en partie disparu. Les narines apparaissent dans un plan vertical, sous forme de deux ouvertures d'environ 5 millimètres de diamètre. Les ailes du nez sont également atrophiées. Il persiste une cicatrice triangulaire dont la base est formée par la lèvre supérieure et qui remonte à 2 centimètres au-dessus de l'ancien lobule; dont les bords suivent le sillon naso-genien. Cette cicatrice est lisse, rosée en certains points, chéloïdienne au niveau des commissures; à sa partie supérieure, on remarque quelques fines dilatations vasculaires. La lèvre supérieure, du côté gauche, le long du bord incarnat, présente encore quelques petits nodules disséminés; on en retrouve également au niveau de la commissure droite. Le cartilage de la sous-cloison est conservé, mais il existe une perforation à ce niveau.

La gencive de la mâchoire supérieure est encore rouge dans toute sa partie antérieure, d'une canine à l'autre. On aperçoit au niveau du collet des deux incisives de petites masses mamelonnées, rouge-vif, molles et qui saignent facilement. Même état du côté du palais; les lésions confluentes au niveau de la partie postéro-supérieure des dents vont en diminuant jusqu'au niveau de la voûte osseuse.

Sur la langue, on aperçoit encore le placard déjà signalé. Il est constitué par deux petits îlots, très finement sillonnés d'une couleur blanchâtre, tranchant sur les parties voisines recouvertes d'épithélium tandis que celles-ci en sont dépourvues.

Un peu plus à gauche, on aperçoit une petite masse lisse, à aspect cicatriciel.

Toute la lésion dans son ensemble est dure au toucher et profondément infiltrée. Pas de douleur spontanée, ni au toucher.

L'examen direct de la gorge permet de constater que la partie postérieure de la base de la langue est décolorée, pâle et couverte de papilles à peu près normales. Ce tissu nous semble cependant légèrement atteint dans sa nutrition, et l'hypothèse d'une invasion lupique prochaine dans cette région nous semble très plausible.

La luette a complètement disparu. Les piliers postérieurs sont tuméfiés et la cicatrisation a tellement rétréci l'ouverture formée par l'écartement des deux piliers que la malade présente une insuffisance velo-palatine.

Au miroir laryngoscopique on constate que l'épiglotte est en grande partie disparue. Sur la partie médiane du reste de cet opercule, on constate un petit nodule lupique, gros comme une tête d'épingle. Il existe un gonflement des replis glosso-épiglottiques, surtout du côté droit. La disparition de l'épiglotte forme un angle rentrant assez prononcé de telle sorte que le cartilage paraît avoir été rongé dans sa partie médiane jusqu'à la base. On ne constate rien d'anormal du côté des cordes vocales.

La partie postérieure du larynx présente du gonflement hypertrophique qui s'étend sur les cartilages aryténoïdes dans les mouvements de phonation, les cordes vocales ne viennent pas se rejoindre exactement par suite du gonflement de la muqueuse inter-aryténoïdienne, mais on ne constate aucune lésion lupique, aucune ulcération de ce côté là.

Adénopathie sous-maxillaire et cervicale.

Observation III

Recueillie à la clinique de M. le docteur Moure.

B... (L), seize ans, lingère, vient à la consultation de M. Moure, pour des accidents laryngés le 27 juillet 1895. La malade possède encore ses grands parents maternels. Le grand-père âgé de soixante-quinze ans est en bonne santé ; la grand-mère rhumatisante. Elle n'a jamais connu ses grands parents du côté paternel. Son père âgé de cinquante ans est bien portant ; sa mère est morte de la poitrine à trente-cinq ans. Elle se rappelle avoir eu, dans sa première jeunesse, des accidents de scrofule. Croûtes dans les cheveux. Adénopathie sous-maxillaire ; blépharite chronique. Deux fluxions de poitrine, une à six mois, l'autre à dix-huit mois, pour lesquelles elle fut soignée à l'hôpital des Enfants. Vers cette époque également, de deux à trois ans, elle eut un prolapsus du rectum qui disparut complètement depuis. Successivement elle fut atteinte de la rougeole à quatre ans, de la fièvre scarlatine à six, de la coqueluche à sept. Légères bronchites tous les hivers. Elle est réglée depuis l'âge de onze ans, très normalement d'abord, puis par intermittences ; la dernière menstruation date de cinq mois.

Depuis l'âge de douze ans, elle souffre de la gorge, a des enrouements fréquents et de plus en plus longs. Elle a eu plusieurs fois, dans l'année 1895, des sensations d'étranglement et d'étouffement. Elle se décide enfin, en juillet, à venir à la consultation de laryngologie de M. le docteur Moure.

A cette époque, on porte le diagnostic de laryngite bacillaire, lupus de l'épiglotte, des cordes vocales, de la région intersigmoïdienne et de la base de la langue.

D'après la description que nous en donne M. le docteur Moure, la

lésion linguale était localisée à cette date à la partie postérieure de la base de la langue, à l'amygdale linguale, elle consistait en cinq petites plaques mamelonnées de quelques millimètres de surface, 4 à 5 environ, de couleur rougeâtre, couvertes d'élevures hémisphériques ou fongiformes inégales, séparées par des sillons grisâtres. Toutes les lésions laryngées et linguales sont traitées par le badigeonnage à la glycérine phéniquée au 1/10. La malade revient successivement le 29 juillet, où on la touche avec de la glycérine phéniquée au 1/5, et le 1er août 1895 où l'on se sert de glycérine au 1/3. A cette époque, l'amélioration est notable. Il existe une ulcération sur l'épiglotte, mais les bourgeons ont notablement disparu sur l'épiglotte et sur les replis aryténo-épiglottiques. La langue est encore un peu rouge, mais les bourgeons signalés ont complètement disparu.

La malade revient à la consultation d'une façon très irrégulière. Elle est encore cautérisée avec la glycérine phéniquée au 1/3 le 12 août 1895, puis ne reparaît plus à l'hôpital avant le 14 octobre, époque à laquelle l'évolution croissante des lésions la force à rentrer à l'hôpital Saint-André, salle 4.

L'état actuel est mauvais. La malade est pâle, très anémiée, la voix est rauque, toux fréquente. L'auscultation révèle un début de tuberculose au sommet droit, où l'inspiration est nettement prolongée et le rythme respiratoire saccadé. A l'examen de la cavité bucco-pharyngienne pratiqué malgré la résistance de la malade, on voit que les lésions sont considérablement augmentées.

Sur la langue, juste au milieu de la base, existe une hypertrophie notable de l'amygdale linguale qui apparaît tuméfiée, bourgeonnante, formant au-dessus de la surface environnante une élevure de 6 à 7 millimètres environ et portant en son milieu une ulcération cratériforme ovalaire de 15 millimètres environ sur 8 millimètres à fond mamelonné rougeâtre, à bords formés de papilles hypertrophiées. Forte induration dans toute la partie sous-jacente à la lésion.

Sur l'amygdale gauche et sur le pilier antérieur droit les ulcérations

abondent. On en trouve également sur la paroi postérieure du pharynx.

L'épiglotte est à demi-détruite par le processus ulcératif; la partie restante est considérablement tuméfiée, bourgeonnante à aspect polypoïde; même lésion sur les replis aryténo-épiglottiques qui sont fortement infiltrés.

Cordes vocales rouges, mais non ulcérées. La malade se refuse à tout traitement.

CHAPITRE II

Étiologie.

Nous serons bref sur la question étiologie, nous n'avons pas en effet à traiter les causes générales de l'invasion lupique, et nous devons nous borner à chercher pourquoi, dans certains cas, rares du reste, le lupus envahit la langue.

Deux faits nous frappent dans la lecture de nos observations :

1° La coexistence habituelle des lésions lupiques sur les muqueuses laryngées et bucco-pharyngées (14 fois sur 14 cas). Luette, piliers et épiglotte sont toujours malades.

2° Le siège du lupus lingual est presque toujours la base de l'organe (8 fois sur 14).

La conclusion s'impose donc. Il est probable qu'il y a propagation directe, et que, de proche en proche, le lupus, parti de la muqueuse de l'isthme du gosier, gagne le tiers postérieur de la base de la langue, s'y cantonne souvent, et quel-

quefois, comme dans la deuxième observation de Michelson, gagne la pointe de la langue en suivant le raphé.

Dans deux cas seulement (observations de Butlin et de Darier) cette propagation par continuité de muqueuses n'est plus admissible. Les lésions siègent en effet non plus sur la base de la langue, mais sur la pointe et les bords. Butlin en conclut qu'il y a inoculation directe. « Ici, dit-il, l'inoculation nous semble incontestable ; d'abord léger traumatisme dû aux dents, puis contact répété avec les ulcérations de la lèvre. » Darier, lui, ne pose aucune hypothèse, mais cependant il nous fait remarquer la coexistence chez son malade de lésions lupiques de la voûte palatine, et par conséquent le contact prolongé et souvent répété de la pointe et des bords de la langue avec cette muqueuse malade. L'inoculation nous semble donc également contestable.

En somme, le lupus lingual peut provenir ou d'une propagation directe, c'est le cas le plus fréquent, ou d'une inoculation et contact infectieux.

Si le lupus lingual est si rare ; si la muqueuse linguale résiste presque toujours, alors que toute la muqueuse laryngée, toute la muqueuse pharyngée se laisse envahir rapidement c'est que par sa constitution histologique, par son épaisseur, elle présente une résistance remarquable à l'invasion du lupus.

Symptomatologie.

Avant d'entrer dans l'étude détaillée de la symptomatologie de cette affection, il nous semble intéressant de noter les rapports qui existent entre les localisations du lupus sur la

langue et les lésions analogues qui peuvent coexister sur les muqueuses voisines et sur la peau.

Parmi les observations publiées dans le chapitre précédent et qui, croyons-nous, portent sur tous les cas connus jusqu'à ce jour et sont au nombre de 14, pas une seule fois nous n'avons trouvé le lupus lingual isolé.

Dans les 14 cas il est toujours associé à des lésions analogues des muqueuses environnantes, presque toujours il existe avec du lupus de la face 10 fois sur 14 et encore un de ces 4 cas est douteux. (Obs. II de Michelson.)

Localisation. — Il est difficile d'assigner un siège précis aux lésions lupiques de la langue. Sans doute elles occupent de préférence la partie postérieure de la base de la langue (8 fois sur 14) mais quelquefois aussi (3 fois sur 14) elles ne se limitent pas là et l'on trouve des lupomes disséminés sur toute la surface de l'organe.

Dans la première observation de Michelson, les granulations lupiques sont disposées suivant des lignes réunissant la base de la langue à l'épiglotte. C'est encore de cette région que part chez son second malade un bourrelet lupique qui se prolonge le long du sillon médian de la langue. Dans l'observation de Bender, la lésion est limitée au tiers postérieur.

Cette région est atteinte chez les malades de Leloir et dans nos observations personnelles. Seuls Darier et Butlin n'ont pas signalé cette localisation.

Mais souvent cette région est le point de départ des lésions qui s'étendent en outre sur tout le reste de l'organe : partie moyenne, bords et pointe. C'est ce qui se passe chez les deux malades de Michelson et chez celui de Leloir. Darier et Butlin ont observé la limitation de la lésion, le premier à la pointe et au bord gauche, le second également au bord gauche.

La statistique suivante résume les localisations du lupus sur la langue. Elle porte sur les 14 cas que nous avons publiés.

TOTALITÉ DE LA LANGUE	BASE SEULE	RÉGIONS ANTÉRIEURES POINTE ET BORDS
Bazin.	Virchow.	F. Clarke.
Leloir (Obs. I).	Homolle.	Butlin.
Michelson (Obs. II).	Leloir (Obs. II).	Darier.
	Bender.	
	Michelson (Obs. I).	
	Dubreuilh (Obs. I).	
	D° (Obs. II).	
	Moure (Obs. III).	

Description. — De la lecture des observations publiées dans le chapitre précédent ressort nettement un fait : l'uniformité des lésions causées sur la langue par le lupus.

Même description et dans les cas signalés par Homolle et Michelson, Leloir et Darier, et dans les trois cas décrits par M. le professeur Dubreuilh. C'est toujours la plaque mamelonnée, surélevée, de teinte grisâtre, dure au toucher et complètement indolente, dont nous allons faire l'étude.

Dans quelques cas seulement, Clarke, Butlin, Michelson (Observation I), la lésion semble plutôt ulcérative.

Dans des cas plus rares encore, deux seulement, et dont les observations manquent, Bazin et Virchow, le lupus lingual a tout envahi et tout détruit. De là nous n'avons pas cru devoir conclure cependant à trois types cliniques différents. Il est très plausible que chaque observateur a étudié le lupus à un stade différent de son évolution, et qu'il n'y a pas trois formes de lupus lingual, mais une seule : la plaque lupique.

La plaque lupique est formée par le groupement de nodules lupiques. Il nous semble utile, avant de faire l'étude de cette dernière, de décrire rapidement l'élément initial.

Les dimensions du nodule sont essentiellement variables. Son volume est habituellement celui d'un grain de chènevis ou de millet. Il atteint rarement celui d'un petit pois. Ces tubercules font sous la muqueuse une saillie assez prononcée; ils ont une forme régulièrement arrondie lorsqu'ils sont complètement isolés, parfois un peu irréguliers quand ils sont en masse. Les uns présentent une teinte blafarde, opaline, les autres, au contraire, ressemblent à de petites perles nacrées. Leur consistance est également variable, et lorsqu'on les touche avec une pointe mousse, les premiers semblent mous, gélatineux; les second, au contraire, donnent l'impression du tissu scléreux.

Les nodules tuberculeux forment par leur groupement *les plaques lupiques*. De dimensions variables, ces plaques sont le plus souvent ovalaires et sont allongées suivant le plus grand diamètre de la langue. (Darier, Dubreuilh). Dans les observations de Michelson, la conglomération des tubercules se fait d'une façon un peu différente, suivant « des lignes irrégulières, brillantes » ou suivant « un bourrelet en forme de crête de coq haut de 2 millimètres, large de 1 millimètre et long de 2 à 4 centimètres. » Ces groupements de nodules lupeux font une saillie plus ou moins appréciable au-dessus de la muqueuse. La surface du néoplasme lupeux est mamelonnée, formée de saillies inégales, généralement plus élevées au centre qu'à la périphérie, entre elles se trouvent d'étroits sillons, souvent de petites crevasses. La coloration est peu différente de celle de la muqueuse environnante, étant comme elle rougeâtre ou blanchâtre, suivant son degré d'inflammation. Il résulte de là que les bords sont difficile-

ment limitables surtout lorsque les tubercules s'élèvent graduellement et insensiblement de la périphérie au centre. C'est ce que nous rencontrons dans la plupart des cas. Darier seul décrit une plaque dont les contours étaient limités nettement par une collerette de petites élevures papillaires.

« Les régions atteintes offrent une consistance spéciale, une dureté élastique toute particulière » (Dubreuilh), mais l'induration est superficielle, il n'y a pas d'empâtement profond. Le doigt promené sur la muqueuse malade, donne une impression de rugosité due aux saillies des nodules.

Les lésions lupiques retentissent d'une façon généralement peu intense sur le reste de la muqueuse linguale. Michelson, dans les conclusions de ces observations, dit qu'on n'observe jamais autour des lésions de réaction inflammatoire; quant à l'infiltration, elle existe à des degrés différents. Nous avons pu la constater chez nos malades, elle siégeait principalement au-dessous des plaques, ne semblait pas les dépasser quoique n'étant pas nettement limitée. Dans le cas observé par Leloir, où le lupus occupait les deux tiers de la langue, la muqueuse présentait une induration due à l'infiltration qui régnait dans toute cette partie.

Le lupus de la langue a peu de tendance à s'ulcérer, ce n'est que chez les malades restés longtemps sans traitement qu'on observe cette complication, chez le malade de Leloir quelques tubercules sont seulement exulcérés et présentent à leur surface de petites érosions grisâtres ou d'un jaune clair. Dans l'observation de Fairlie Clarke est notée très brièvement une ulcération siégeant sur le côté gauche de la langue ; Butlin décrit « une ulcération recouverte en grande partie par une croûte épaisse, sous cette croûte la surface était inégale, d'une coloration rosée, les bords étaient taillés à pic, irréguliers. » La pointe de la langue avait été complète-

ment détruite jusqu'au filet. Parfois ces ulcérations se cicatrisent spontanément et on a alors en place de lésions anciennes un tissu cicatriciel lisse, brillant et nacré, comparé par Michelson a du tissu tendineux.

Chaque élément du lupus lingual ayant été décrit séparément, il nous est facile d'en retenir une vue d'ensemble :

Le lupus peut envahir toute la muqueuse linguale, ou se localiser en quelques-uns de ses points. A son élément principal, le néoplasme lupique, qui donne à la langue son aspect mamelonné, peuvent se surajouter des infiltrations, et des cicatrices qui lui donnent une consistance et un aspect particuliers et en font une glossite scléreuse lobulée, comme dans le cas décrit par Leloir. Il en sera tout autrement si l'élément ulcératif domine, il devient alors impossible de donner une description typique lorsqu'on est en présence d'une destruction partielle ou totale de la langue, comme dans les cas de Butlin et de Bazin.

Peut-on faire du retentissement ganglionnaire un signe clinique important? Nous ne le croyons pas, l'adénopathie étant un symptôme des plus variables. En dehors de l'adénopathie généralisée, qui ne doit pas nous étonner chez des sujets lupiques (Leloir ayant démontré dans ces dernières années l'envahissement habituel du système lymphatique chez ces malades), le lupus ne nous semble pas retentir d'une façon spéciale sur certains ganglions. Michelson signale bien dans son obs. II un ganglion sous-mentonnier. Butlin remarque bien chez son malade une adénopathie sous-maxillaire très prononcée, nous en avons nous-même constaté chez le malade objet de notre deuxième observation. Mais nombre d'auteurs n'en signalent pas, et le système ganglionnaire était intact chez deux autres malades (Obs. I et II).

Des symptômes subjectifs, nous ne dirons qu'un mot : le

lupus de la langue est complètement indolore, c'est le signe clinique le plus constant, et c'est là aussi son meilleur caractère différentiel.

Les deux malades que nous avons interrogées sur ce point, n'ont jamais accusé de douleur, ni spontanée, ni à la pression ; à peine un peu de gêne fonctionnelle. Cependant l'éclosion des troubles subjectifs peut suivre l'apparition des complications. Si la plaque lupique s'ulcère, si les sillons internodulaires se crevassent, le contact d'aliments irritants sera suivi de douleurs plus ou moins vives. Si la plaque est très large et que l'infiltration qui l'accompagne soit par conséquent très étendue, la gêne, dans certains mouvements, en sera la conséquence.

Enfin si les ulcérations sont considérables, gagnent le frein de la langue (Butlin), nous observerons une impotence complète de l'organe qui sera plus absolue encore quand (Bazin) la langue sera réduite à un simple moignon.

MARCHE

Un fait nous a frappé dans l'histoire des malades dont nous rapportons les observations. C'est presque toujours par hasard et en faisant l'examen des régions voisines que l'attention du médecin est attirée sur la localisation linguale du lupus. Les deux malades de Michelson étaient venus à sa consultation pour des accidents laryngiens; ceux de Leloir d'Homolle, les nôtres, pour du lupus de la face et de la gorge, et c'est en examinant sa malade pour une névralgie faciale que Darier découvrit le cas qu'il a publié. L'indolence des lésions est sans doute la cause principale de l'inattention des malades, celle des auteurs ne pourrait-elle être attribuée à la spécialisation à outrance? La pathologie de la langue n'appar-

tenant ni à la dermatologie ni à la laryngologie. Aussi nous trouvons-nous presque toujours en présence de lésions ayant franchi leur première période d'évolution. Nous ne pouvons donc décrire avec certitude le début de l'affection; cependant comme dans certains cas, on trouve à côté de lésions anciennes des tubercules naissants (Obs. de Leloir) on peut dire que le lupus évolue sur la langue comme sur les autres muqueuses. Le nodule tuberculeux est l'élément initial; de la réunion de ces nodules naît la plaque lupique. Le néoplasme abandonné à lui-même augmente de volume, peut s'ulcérer (Leloir, Butlin), puis se cicatriser spontanément (Michelson). Dans des cas beaucoup plus rares, il peut envahir et détruire toute la langue (Lupus vorax, Bazin), mais le plus souvent un traitement très simple suffit à l'arrêter dans sa marche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE

L'anatomie pathologique du lupus lingual ne diffère en rien de celle du lupus vulgaire des autres muqueuses. Nous retrouvons sur la langue le nodule tuberculeux typique caractérisé par un amas très dense de cellules revêtant, les unes l'aspect de lymphocytes, les autres l'aspect épithélioïde, ayant à sa partie centrale un certain nombre de cellules géantes.

Leloir signale cependant certains caractères histologiques qui lui ont permis de ranger cette variété du lupus dans cette forme de tuberculose des muqueuses qu'il a étudiée sous le nom de lupus scléreux. Il constate, en effet, que la plupart des lupomes nodulaires excisés présentaient une grande tendance à la regression scléreuse. Celle-ci envahissait le

nodule primitif par sa périphérie, la dissociant en quelque sorte en lamelles concentriques, en laissant au centre de quelques-uns une ou parfois deux cellules géantes. De grands tractus de tissu fibreux affectant une disposition aréolaire renfermaient dans leurs alvéoles des amas de substance granulo-graisseuse ou colloïde, au milieu desquels se trouvaient les nodules sclérosés.

Une disposition particulière, rencontrée par Darier et retrouvée par M. le professeur Dubreuilh, est encore à signaler. C'est l'allongement considérable des papilles et l'hypertrophie extrêmement marquée de l'épiderme, surtout des bourgeons interpapillaires. Il n'a pas rencontré de dégénérescence scléreuse aussi avancée que celle dont parle Leloir.

Avec un luxe de détails que nous ne reproduisons pas ici, renvoyant le lecteur à l'observation même publiée plus haut, il décrit encore comme caractère absolument particulier au cas qu'il a observé, caractère qui n'a jamais été signalé dans le lupus de la peau ou des muqueuses, la présence dans le chorion et le corps papillaire de boules réfringentes de matière hyaline. Pour lui, ces boules seraient des cellules en voie de dégénérescence hyaline et seraient analogues à celles qui se rencontrent dans le rhinosclérome.

Comme dans le lupus vulgaire le bacille de la tuberculose existe certainement dans le nodule lingual, mais sa recherche est très pénible et rarement couronnée de succès. Leloir, après avoir coloré par le procédé d'Erlich, une série de coupes provenant de deux tubercules de la face dorsale de la langue, a trouvé le bacille 1 fois sur 40 coupes du premier nodule, 2 fois sur 30 coupes du second nodule. Michelson, après de patientes recherches, l'a trouvé dans les pièces provenant de ses deux malade. Darier a été moins heureux

et n'a jamais rencontré le bacille. Dans 9 coupes provenant d'un nodule excisé à la malade qui fait l'objet de notre Observation II, M. le professeur Dubreuilh n'a pu déceler sa présence.

Quant aux inoculations, que seul Leloir a pratiquées, elles ont été positives, mais leur valeur est très discutable, car l'on peut toujours faire aux expériences d'inoculations de fragments de langue les objections qui ont été posées à M. le professeur Dieulafoy, après ses inoculations d'amygdale.

Diagnostic différentiel.

Etant donnée la description précédente du lupus lingual, le diagnostic différentiel ne devra porter que sur

1° L'ulcération tuberculeuse.

2° Les lésions syphilitiques.

3° L'épithélioma de la langue.

4° Les lésions lépreuses.

L'ulcération tuberculeuse présente un fond inégal granuleux, recouvert de mucus et de pus desséché. Ses bords sont irréguliers, taillés à pic, plus rouges que le reste de la langue qui bien souvent est gonflée, œdémateuse. Tout autour se trouvent les points jaunes caractéristiques de cette affection. Douleur très vive. Salivation abondante et presque toujours, pour ne pas dire toujours, phtisie pulmonaire. La confusion ne sera possible que si le lupus est ulcéré (ce qui est déjà une rareté), mais à côté de l'ulcération existent toujours des nodules lupiques en voie d'évolution. En dehors de l'aspect même de la lésion, bien des symptômes militeront en faveur du lupus : la coexistence de lésions semblables sur les points avoisinants, la longue durée de l'affection, sa marche

uniformément progressive, l'état général relativement satisfaisant, l'absence des points jaunes et de l'inflammation environnante et surtout l'indolence complète, même au toucher.

Des lésions syphilitiques nous écarterons sans discussion l'accident primitif. Parmi les accidents secondaires, seules, les syphilides papulo-hypertrophiques du dos de la langue peuvent prêter à confusion. Elle donne parfois à la langue l'aspect mamelonné de la plaque lupique, mais la surface de ces lésions est plus molle, plus tomenteuse. Puis, les commémorata, l'adénopathie, l'instabilité des lésions, la coexistence d'autres accidents et, au besoin, la pierre de touche du traitement (employé par Leloir), suffiront complètement pour faire écarter ce diagnostic.

Nous ne parlons pas dans les accidents tertiaires, de la gomme qui, même ulcérée, n'a avec la plaque lupique aucune analogie. Quant à la glossite superficielle qui s'en rapproche le plus, elle est généralement assez diffuse et s'accompagne d'un aplanissement des papilles, plutôt que d'une production mamelonnée. La surface de la langue syphilitique est transformée en une nappe superficielle de tissu de cicatrice et il s'y ajoute facilement des plaques leucoplasiques qui ne sont signalées dans aucune observation de lupus. Enfin, quand cette glossite s'accompagne d'ulcérations, elles sont généralement beaucoup plus douloureuses que celles consécutives au lupus.

L'épithélioma superficiel de la langue n'offre aucune ressemblance clinique avec le lupus lingual tel que nous le connaissons maintenant. Il forme une saillie unique, à la surface papillomateuse, plutôt que mamelonnée, parfois bourgeonnante et saignant facilement.

L'épithéliome est toujours assez douloureux et sensible

aux moindres irritations. Il s'accompagne d'une gêne notable des mouvements, et siège sur une base plus profondément indurée que la plaque du lupus dont l'induration est toujours assez superficielle.

Les lésions lépreuses de la langue peuvent, d'après Leloir, avoir quelque analogie avec les lésions lupiques. Pour notre part, nous ne pouvons émettre d'opinion sur ce point, n'ayant jamais vu de lèpre de la langue. Mais la rareté de cette affection dans nos pays, la coexistence du lupus des muqueuses voisines, nous ont toujours fait écarter cette hypothèse.

En résumé, le diagnostic du lupus lingual s'impose presque toujours. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Leur diagnostic clinique étant en effet très sommaire, et leurs recherches histologiques ou bactériologiques pratiquées dans un but purement scientifique.

Traitement.

Le traitement du lupus lingual étant à peu près le même que celui du lupus des autres muqueuses, nous n'avons donc nul besoin d'y insister.

Ne s'agit-il pas, en somme, là comme ailleurs, de détruire le nodule lupique. Badigeonnages à la glycérine phéniquée à un tiers, comme M. le docteur Moure. Application de pâte salicylée, comme Leloir. Tous les procédés sont bons, mais de tous le meilleur est, sans contredit, le traitement chirurgical pur.

La curette de Volkmann présente quelque danger à cause des hémorrhagies possibles. L'ablation au galvano-cautère peut être bonne dans le cas de grosses masses bourgeonnantes, et Michelson l'emploie avec succès; cependant dans

la plupart des cas, les plaques lupiques sont de trop faible hauteur pour permettre pareille intervention.

Le procédé de choix, d'après M. le professeur Dubreuilh, est, sans contredit, l'iguipuncture. Cette opération est, en effet, inoffensive, rapide, peu douloureuse après le toucher avec la solution cocaïnée, et lui a donné, en somme, dans les deux cas traités, après trois ou quatre séances seulement, des résultats satisfaisants.

Il est bien entendu qne ce traitement devra nécessairement être tout différent quand nous aurons affaire à des lupus avancés (Destruction totale ou partielle de la langue, Bazin, Virchow), la cure de telles lésions rentrant dans le domaine de la grande chirurgie. (Ligature de la radiale, curettage et exérèse des parties en voie de nécrose.)

Le traitement général ne s'impose pas toujours, l'état général de la plupart de nos lupiques étant relativement bon. Il ne serait pas inutile cependant d'administrer les reconstituants ordinaires et de soumettre les malades au traitement antibacillaire, créosote et iodoforme. Nous ne citerons que pour mémoire les essais faits sur ses deux malades par Michelson avec la tuberculine du docteur Koch; les résultats ayant été, en effet, désastreux, et l'auteur avouant lui-même que ces injections ne peuvent servir que pour confirmer le diagnostic.

CONCLUSIONS

Nous ne croyons pouvoir mieux conclure qu'en rappelant les points principaux de notre étude.

Nous avons réuni 14 cas de lupus lingual, c'est-à-dire tous ceux signalés jusqu'à ce jour sauf 2 (Garré, Chiari et Riehl).

Il résulte de ces observations que :

1° Le lupus peut envahir toute la muqueuse linguale mais se localise de préférence sur la base.

2° Cette affection se caractérise cliniquement par une plaque mamelonnée, saillante, pâle, dure au toucher et complètement indolente.

3° Son diagnostic s'impose presque toujours, étant donnée la coexistence de lésions lupiques manifestes sur les muqueuses voisines et sur la peau, sa forme caractéristique, et son indolence absolue.

4° Le lupus lingual paraît guérir plus facilement (par le traitement chirurgical ordinaire que le lupus de la peau.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Le Président de la Thèse :
ARNOZAN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 26 octobre 1895,
Le Recteur,
A. COUAT

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BAZIN. — *Leçons sur la scrofule*, deuxième édition, 1861, page 228.

VIRCHOW. — *Die Krankhaften Geschulfte*, « Berlin 1864-1865. Bd II Seite 491. Anmerkung.

FAIRLIE CLARKE. — 27e volume de la Société Pathologique de Londres, 1875, page 148.

HOMOLLE. — Thèse de Paris, 1875. « Scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngée ». Observation I.

R. IDELSON. — Inaugural dissertation, Berne 1879. « Uber Lupus der Schleimhaute. »

LELOIR. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, nov. 1889.

Traité de la scrofulo-tuberculose, page 165.

BENDER (Max). — Uber lupus der Schleimhaute (Fiertel Jahresschrift fur Dermatologie und Syphilis), page 903.

BUTLIN. — *Maladies de la langue*, article « Lupus », page 104.

MICHELSON. — *Berliver Kl-nische Wochenschrift*, 1890, n° 48, page 1.112.

GARRÉ. — Lupus der Kehlkopfeingangs. *Beitrage sur Klinischen Chirurgie* Bd VI. *Referat*. — *Centralblatt für allgemeine, pathologie'de 1890*, n° 14.

CHIARI et RIEHL. — *Lupus vulgaris laryngis*.

DARIER. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (3e série), tome VI. juillet 1887, n° 7.

Bordeaux. - Imprimerie du Midi, P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.